

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКТОПИЧЕСКУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Сачек Ю.А., Дивакова Т.С., Ржеусская Л.Д.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Актуальность. Эктопическая беременность (ЭБ) – патология, которая оказывает влияние в последующем на фертильную функцию женщин, перенесших данное заболевание. Однако в литературе отсутствуют данные касающиеся течения беременности и родов у пациенток, которым удалось забеременеть после перенесенной ЭБ.

Целью исследования явилось выявление особенностей течения беременности и родов у пациенток, перенесших ЭБ.

Материал и методы исследования. На основании изучения историй родов пациенток роддома №1 г. Витебска за 2005 год проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 32 родильниц, имеющих в анамнезе эктопическую беременность (ЭБ). За год в роддоме было родоразрешено 2173 женщины. Пациентки, перенесшие ЭБ, составили 1,5% (32). Возраст родильниц колебался от 22 до 41 года и в среднем составил $29,8 \pm 5,1$.

Результаты и обсуждение. Изучение анамнеза позволило выявить раннее начало половой жизни у 59,38% (19) родильниц. 62,5% (20) женщин отмечали воспалительные заболевания внутренних половых органов, 12,5% (4) - вторичное бесплодие после ЭБ. Возраст возникновения ЭБ составил $25,0 \pm 4,5$. У 1/3 (11) женщин перенесенная ЭБ была первой, у остальных (21) - до возникновения ЭБ было от 1 до 4 маточных беременностей. При этом у 13 (61,9%) пациенток они закончились срочными родами. До ЭБ самопроизвольные выкидыши в анамнезе отмечали 5 (23,8%) родильниц, искусственное прерывание беременности - почти 2/3 женщин (61,9%). По поводу ЭБ 84,4% (27) больным производили традиционную лапаротомию и удаление маточной трубы, 15,6% (5) - лапароскопическое вмешательство, при этом в 2-х случаях произвели удаление маточной трубы, в 3-х - удаление только плодного яйца. После перенесенной ЭБ 3 (9,4%) больным производили лапароскопическое вмешательство по поводу вторичного бесплодия. В последующем у одной из них беременность наступила спонтанно, у 2-х - после ЭКО. Срок возникновения следующей беременности после внематочной у 59,4% (19) пациенток не превышал 2-х лет. У 59,4% (19) женщин, наступившая после внематочной беременности, была настоящая. У остальных 40,6% (13) кроме этого было от 1 до 3 беременностей, при этом у 6 пациенток исходом были срочные роды (у 2 - оперативные), у 6 - искусственное прерывание, у 5 - самопроизвольные выкидыши, у 1 - две внематочные беременности (последняя - в культе маточной трубы).

Настоящая беременность у 18,75% (6) пациенток была второй, у 28,12% (9) - третьей, у 34,38% (11) - четвертой, у остальных 18,75% (6) - пятой и более. 90,6% (29) женщин данная беременность наступила самопроизвольно, у 9,4% (3) - после ЭКО (причем у одной пациентки лишь с 5-ой попытки). У одной пациентки после ЭКО настоящая беременность возникла одновременно с ЭБ в культе маточной трубы (трубы с обеих сторон были удалены по поводу 2-х предшествующих трубных беременностей). По поводу ЭБ в 7-8 недель этой больной была выполнена лапаротомия. У 2 (6,3%) пациенток (после ЭКО) была многоплодная беременность - двойни.

Течение беременности у 2/3 (20) пациенток сопровождалось угрозой прерывания, у 25,0% (8) – токсикозом ранних сроков. 68,8% (22) проходили лечение в стационаре по поводу фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и/или хронической гипоксии плода (ХГП), при этом синдром задержки развития внутриутробного плода был выявлен у 9,4% (3). Водянка беременных или гестоз легкой степени тяжести имели место у 25% (8). Много- или маловодие – у 18,6% (6). Анемию беременных имели 43,8% (14) пациенток, острый пиелонефрит во время беременности перенесли 2, простудные заболевания – 6 (из них 1 – пневмонию).

У 34,4% (11) родильниц настоящие роды были первыми, у 59,4% (19) – повторными, у 6,2% (2) – третьими. Средний возраст первородящих был $28,7 \pm 5,8$ лет. Срочными роды были у 93,8% (30) родильниц. У 6,2% (2) – преждевременными: у 1 пациентки – после преждевременного излития околоплодных вод при сроке беременности 30 – 31 неделя; 1 пациентка – при сроке 35 – 36 недель была родоразрешена операцией кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП). Всего оперативным путем родоразрешено 34,7% (14) женщин, через естественные родовые пути 56,3% (18). В экстренном порядке прооперирована 1 пациентка по поводу ПОНРП, остальные 13 – в плановом порядке. Показаниями к плановым операциям были: у 4 (30,7%) родильниц – отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (внематочная беременность, вторичное бесплодие, возраст первородящих (29, 33, 36, 41), ЭКО – у 3); несостоятельность рубца на матке после предшествующего кесарева сечения – у 2 (15,4%), рубец на матке в сочетании с отсутствием готовности родовых путей к родам при доношенной беременности – у 2 (15,4%), осложненная миопия высокой степени – у 4 (30,7%), центральное предлежание плаценты – у 1 (7,7%). У 7 родильниц данная лапаротомия была повторной, у 5 – третьей (повторным было кесарево сечение). Таким образом, 12 (85,7%) пациенткам во время операции производили иссечение старого рубца. Разрез по Пфанненштилю выполнили 3 (21,4%) женщинам, нижнесрединную лапаротомию – 11 (78,6%). Перидуральная анестезия была использована у 6 (42,8%) пациенток, эндотрахеальный наркоз – у 8 (57,2%). Во время операции 6 родильницам была произведена стерилизация, 1 – экстирпация матки по поводу возникшего гипотонического кровотечения у пациентки с центральным предлежанием плаценты (кровопотеря составила 950 мл). Роды через естественные родовые пути у 11 (61,1%) родильниц прошли без особенностей, у 5 из них роды были

программированными и начинались с плановой амниотомии. У 7 (38,8%) пациенток роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод: у 3 (16,7%) ранним, у 4 (22,2%) – преждевременным (в связи с чем производилось родовозбуждение простагландинами). Во II периоде родов 5 роженицам производили перинеотомию (4 - в связи с угрозой разрыва промежности, 1 – по поводу преждевременных родов в 30 - 31 неделю). Средняя продолжительность родов у первородящих составила $7ч28мин \pm 1ч$, у повторнородящих – $5ч30мин \pm 1ч1мин$. Ранний послеродовый период у 1 родильницы осложнился гипотоническим кровотечением, в связи с чем производили контрольное ручное обследование полости матки.

У 93,8% (30) женщин родились дети с оценкой по шкале Апгар 8 баллов и выше. Один ребенок (при ПОНРП в сроке 35-36 недель) родился на 6-7 баллов с врожденной 2-хсторонней пневмонией. Один - при преждевременных родах в сроке 30-31 неделя – на 1 балл. Несмотря на проводимую терапию по созреванию легких плода глюкокортикоидами в течение 3-х суток до родов, ребенок умер через 5 часов после рождения. Масса детей, родившихся в срок доношенной беременности с признаками гипотрофии (3) составила в среднем $2516 \pm 474г$, здоровых детей - $3474 \pm 375г$.

Гистологическое исследование последов позволило выявить признаки инфекции (париетальный и базальный децидуит, хорионит, веллизит и интервеллизит, васкулит пупочной вены) в 40,6% (13) случаев.

Итак, проведенный анализ историй родов пациенток, перенесших ЭБ, позволил выявить следующее:

1. в возникновении ЭБ большое значение имеют воспалительные заболевания внутренних половых органов (их перенесли 62,5% пациенток), внутриматочные вмешательства (у 53,1%), оперативные вмешательства на органах малого таза (только кесарево сечение было у 12,5%);

2. большое количество искусственного прерывания беременностей после перенесенной ЭБ (46,2%) свидетельствует о низком уровне половой культуры у этих пациенток, незнании или нежелании женщинами использовать методы контрацепции, недостаточную эффективность существующих методик санитарно-просветительской работы для этой группы пациенток, отсутствие акцента на данной проблеме у акушеров-гинекологов;

3. почти у каждой пятой (18,8%) пациентки после ЭБ наступление беременности, заканчивающейся родами, сопровождается трудностями: так в нашем исследовании у 2

пациенток имела место предшествующая нормальной беременности неразвивающаяся, у 4 – вторичное бесплодие (у 3-х из них беременность возникла после ЭКО);

4. течение беременности (60,6%) пациенток после перенесенной ЭБ сопровождается угрозой прерывания, у большинства (68,8%) выявляют признаки ФПН и/или ХГП, почти у 1/5 - много- или маловодие, что может быть следствием имеющей место инфекции;

5. более чем у 1/3 (38,8%) рожениц, перенесших ЭБ, роды через естественные родовые пути осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод (ранним и преждевременным), что подтверждает наличие генитальной инфекции у этих пациенток;

6. каждую третью женщину, перенесшую ЭБ, родоразрешают операцией кесарева сечения; более 90,0% составляют плановые операции; среди показаний к плановому оперативному родоразрешению у 1/3 (30,8%) пациенток является отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (внематочная беременность, вторичное бесплодие) в сочетании с возрастом первородящих (в нашем исследовании 29 – 41 год);

7. почти в каждом 6-ом случае (15,6%) у пациенток, перенесших ЭБ, исходом родов было рождение детей с патологией: гипотрофией (3), рождение ребенка с внутриутробной инфекцией (пневмонией), рождение нежизнеспособного плода в 30 - 31 неделю;

8. гистологическое исследование последов выявило признаки инфекции почти в половине случаев.

Выводы. Таким образом, течение беременности и родов у пациенток, перенесших ЭБ, характеризуется осложнениями, основной причиной которых является инфекция половых органов. После операции по поводу ЭБ для профилактики этих осложнений, женщины, планирующие в последующем зачатие, должны быть объектом повышенного внимания акушеров-гинекологов. Санитарно-просветительская работа должна проводиться с каждой пациенткой индивидуально на высоком уровне, с акцентом на необходимость контрацепции в течение периода времени, когда беременность нежелательна. Каждая женщина и ее половой партнер, планирующие в будущем рождение ребенка, в обязательном порядке должны быть обследованы на инфекции, передающиеся половым путем. Лечение с контролем излеченности, выявленной инфекции должно быть проведено у обоих партнеров. Во время беременности пациенткам обязательно должны быть проведены курсы терапии по профилактике невынашивания, ФНП и ХГП.